

Ärztlicher Bericht

Name, Vorname: _____

Anschrift: _____

Geburtsdatum: _____ Antragsnummer: _____

Spezielle Hinweise für den Arzt:

Bitte verwenden Sie dieses Formular nur nach Rücksprache und auf Aufforderung der Dialog Lebensversicherungs-AG. Eine Kostenerstattung durch die Dialog Lebensversicherungs-AG ist ansonsten nicht möglich. Dieses Formular kann nicht als ärztliches Zeugnis verwendet werden. Dieses Formular ist auf der Basis der Krankenakte der zu versichernden Person und vorliegender Befunde auszufüllen. Der Rückfragezeitraum für Beratungen, Untersuchungen und Behandlungen zu Erkrankungen und Beschwerden der Patienten bezieht sich auf die letzten 10 Jahre.

1. Wegen welcher Gesundheitsstörungen, Krankheiten und Verletzungen haben Sie den Patienten untersucht, beraten oder behandelt? (Von wann bis wann?)

- 2a. Welche dieser Gesundheitsstörungen, Krankheiten und Verletzungen haben Folgen hinterlassen? (Welche Folgen sind das?)

- b. Welche Gesundheitsstörungen, Krankheiten und Verletzungen bestehen noch heute?

- 3a. Bestanden oder bestehen außerdem noch Gebrechen, Krankheiten oder chronische Leiden, welche nicht von Ihnen behandelt wurden? (Welche? Von wann bis wann?)

- b. Stand oder steht der Patient in Behandlung bei anderen Ärzten, Psychologen oder Therapeuten? (Bei welchen? Weshalb? Wann?)

4. Welche Blutdruckwerte wurden bislang gemessen und wann?

_____ (Datum) _____/_____ (syst/ diast) _____ (Datum) _____/_____ (syst/ diast)

- 5a. Wann und weshalb haben Sie den Patienten zum letzten Mal untersucht und mit welchem Ergebnis?

- b. Was haben die letzten Messungen zum Körperbau ergeben?

_____ (Datum) Größe _____ cm Gewicht _____ kg Bauchumfang _____ cm

- c. Nimmt oder nahm der Patient regelmäßig Medikamente (z.B.: Antihypertonika, Herzmittel, Antidiabetika, gewohnheitsmäßig narkotische oder andere Mittel)? Welche? Von wann bis wann?

- d. Ist der Patient Ihres Wissens heute gesund?

- 6a. Hat der Patient eine Kur oder Reha-Maßnahme in Anspruch genommen? (Weshalb? Von wann bis wann? In welchen Einrichtungen?)

b. Ist der Patient in einem Krankenhaus, einer Heilanstalt oder in Überwachung eines Gesundheitsamtes gewesen? (Weshalb? Wann? Wo?)

c. Ist eine Operation vorgesehen oder angeraten? (Weshalb? Wann?)

7a. Ist Ihnen über Lebensweise oder -verhältnisse Nachteiliges bekannt, soweit dies aus ärztlicher Sicht für die Beurteilung der Gesundheitsverhältnisse von Bedeutung ist (z.B. Alkohol-, Drogen- oder Medikamentenmissbrauch)?

b. Sind Sie der Ansicht, dass der Patient Ihre Therapieanweisung befolgt? nein ja

8. Ist der Patient Raucher? nein ja, Menge/ Tag _____

9. Bestehen Hinweise auf eine Erkrankung des lymphatischen Systems oder der humoralen/zellulären Abwehrsysteme?

10. Weitere, aus Ihrer Sicht wichtige Bemerkungen:

11. Liegen Ihnen Befunde/Untersuchungsergebnisse vor (z.B. alle Arten von Laborwerten, kardiologische Berichte, Sonographie, CT, MRT, EEG, Röntgen etc.)?

nein ja (Bitte fügen Sie diese Befunde/Untersuchungsergebnisse bei oder informieren Sie uns hierüber)
(Bitte reichen Sie uns jedoch keine Befunde aus prädiktiven Gentests ein!)

Sind Sie damit einverstanden, dass wir - auf Anfrage der zu versichernden Person (=Patient/in) - dieser über den Inhalt dieses Fragebogens und aller beigefügten Anlagen (z.B. Laborwerte, Befunde, etc.) Auskünfte erteilen?

nein ja

Ort, Datum

X
Stempel und Unterschrift des Arztes